

Influencia de las emociones en la conducta alimentaria

Revisión Narrativa

Realizado por: Lidia María Fernández Lucas

Tutora: María Isabel Calvo Viñuela

GRADO DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
METODOLOGÍA.....	13
RESULTADOS.....	15
CONCLUSIÓN.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXO.....	40

RESUMEN

Introducción: “Comedor Emocional” (CE) es aquel individuo que ingiere excesiva cantidad de alimentos según sus emociones, principalmente, bajo las emociones negativas. Así determina su conducta ante la comida, suele ser su forma de afrontamiento, gratificación y su refugio para conseguir su propio bienestar. Se relaciona con el exceso de peso y obesidad, enfermedad crónica que ya hoy día se la conoce como, epidemia mundial del siglo XXI, dada su incidencia y preocupación.

Objetivo: Conocer en que consiste el término de “Comedor Emocional” y el papel de la enfermera en su diagnóstico y tratamiento.

Metodología: Se han realizado búsquedas bibliográficas en las bases de datos PubMed, CINAHL, Cochrane, Scielo y Google Scholar. También se han consultado otras fuentes como “*El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*”, “*La Organización Mundial de la Salud: OMS*” y la base de datos NNN Consult.

Resultados: Se ha expuesto la información obtenida en relación a la etiología, comorbilidades asociadas, diagnóstico y tratamiento del Comedor Emocional para valorar el papel de la enfermera ante este tipo de pacientes.

Conclusiones: Se propone un Plan de Cuidados estándar dirigido al Comedor Emocional donde la enfermera centrará principalmente su actividad, no sólo en desempeñar una correcta detección de los síntomas, sino también en impartir una adecuada educación sanitaria, acerca de una alimentación saludable. Será necesario seguir más líneas de investigación acerca del Comedor Emocional, no sólo para comprobar la eficacia del tratamiento sino también, para ayudar al paciente con el manejo de sus emociones y así, corregir tal hábito compulsivo.

Palabras clave: Comedor Emocional, Estilo de Vida, Obesidad, Hormonas, Emociones, Apetito, Genes y Sueño.

ABSTRACT

Introduction: "Emotional Eater" is an individual who ingests an excessive amount of food according to their emotions, mainly, negative emotions. This is how he determines his behavior towards food, it is usually his way of facing things, gratification and his refuge to achieve his own well-being. It is related to overweight and obesity, a chronic disease that now is known as the 21st century global epidemic, given its incidence and concern.

Aim: To know the term "Emotional Eating" and the role of nurse in its diagnostic and treatment.

Materials and methods: Bibliographic searches were carried out in PubMed, CINAHL, Cochrane, Scielo and Google Scholar databases. Other sources have also been consulted, such as "*El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*", "*World Health Organization: WHO*" and the NNN Consult database.

Results: The information obtained in relation to the etiology, the available tools, the diagnosis and the treatment of the Emotional Eating have been exposed to assess the role of nurse in this type of patients.

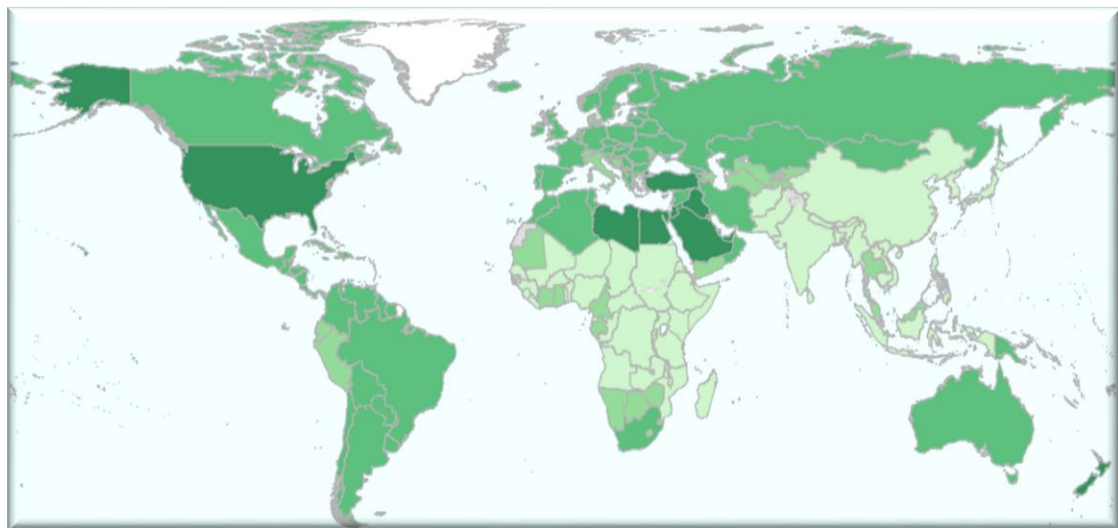
Conclusion: A Standard Care Plan is proposed, aimed at the Emotional Eating, where the nurse will focus her activity, not only to perform a correct detection of symptoms, but also to impart an adequate health education about healthy eating. It will be necessary to follow more lines of research about the Emotional Eating, not only to verify the effectiveness of the treatment, but also to help the patient with the management of their emotions and thus, correct this compulsive habit.

Key words: Emotional Eating, Lifestyle, Obesity, Hormones, Emotions, Appetite, Genes and Sleep.

INTRODUCCIÓN

Hasta finales del siglo XX, en los países en desarrollo se observaban altas cifras de desnutrición. Pero ya en las últimas décadas se ha visto una inversión de esa situación, aumentando notablemente las cifras mundiales de obesidad. De ahí que la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilice el término de “Globesity” para hacer referencia al gran aumento de las cifras de obesidad en las últimas décadas tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. (1) (2)

En el siguiente mapa podemos observar los promedios de Índice de Masa Corporal (IMC) en adultos a nivel mundial.



IMC

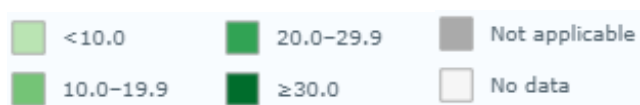


Figura 1. Prevalencia de obesidad en adultos, mayores de 18 años, 2016. (3)

Esto ha dado lugar a una lucha a nivel mundial contra la obesidad puesta en marcha por los gobiernos y organizaciones internacionales.

- “¿Es la globalización una vía hacia la obesidad?” (2)

Las cifras de obesidad están aumentando notablemente en todo el mundo, y es por ello por lo que se considera como una “epidemia”, la cual tiene consecuencias en la salud de

los individuos y aumenta el gasto sanitario.

Entre las comorbilidades asociadas, destacan entre ellas como enfermedades cardiovasculares; la hipertensión, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca. Como metabólicas; la diabetes mellitus y dislipemias. Como patologías respiratorias, la apnea del sueño. Como enfermedad sistémica, el cáncer y por último, como enfermedades psiquiátricas encontramos la ansiedad y la depresión. Todas estas enfermedades disminuyen la calidad y esperanza de vida, lo cual logra ensombrecer de alguna manera, esos resultados procedentes de los avances conseguidos en otros campos de la Medicina. (2)

El exceso de tejido adiposo es el principal responsable de estos problemas. Este tejido está implicado en la producción de ciertas hormonas y mediadores químicos que son asociados al desarrollo de muchas de las enfermedades ligadas a la obesidad. Por ello es de gran importancia tener en cuenta la composición corporal y la distribución de la grasa, ya que aporta información más relevante que el exceso de peso ($\geq 25\%$ en varones y $\geq 35\%$ en mujeres), supone un dato más notorio que el usual indicador de obesidad, Índice de Masa Corporal (IMC); $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. (1) (2)

Evolución de los hábitos alimentarios

En este último siglo han tenido lugar grandes cambios como la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización, que han generado consecuencias en **el patrón alimentario y los estilos de vida** de los individuos, afectando a la salud y estado nutricional de la población. (1)

La **industrialización** trajo consigo transiciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales que han dado lugar a importantes cambios en la forma de alimentarse en los hogares urbanos y rurales. Este hecho histórico obligó a la población a migrar a las ciudades, favoreciendo así, el crecimiento y aumento de la población urbana. Además, estos nuevos procesos productivos dan lugar a una serie de cambios sociales, entre los que podemos encontrar: establecimiento de nuevos horarios laborales, el paso a familias formadas por un único núcleo familiar, mayor relevancia de instituciones en el control de la vida económica y social, entre otros. (1)

Y respecto a la forma de alimentarse existen cambios, también. En las últimas décadas se han producido grandes modificaciones en la alimentación tradicional como consecuencia de la industrialización de los alimentos. Se tiende a utilizar la comida precocinada o procesada, que nos aporta un bajo valor nutricional, alta densidad energética y poco coste, perdiéndose así las habilidades culinarias. (1)

Con la industrialización alimentaria, comemos menos fibra, los alimentos presentan un aumento en la carga de glicemia (por el azúcar contenido en los alimentos) que provoca gran producción de insulina en respuesta a los picos pronunciados en los niveles de glucosa en sangre, un menor aporte de micronutrientes (vitaminas y minerales) y otros enzimas que realizan funciones vitales y fortalecen el sistema inmune. (1)

Por otro lado, las interacciones sociales se han visto modificadas, las comidas familiares solo tienen lugar los fines de semana, ya que los días laborables cada miembro realiza la comida en lugares y tiempos diferentes, debido al horario de trabajo y del mundo escolar, que muchas veces resulta incompatible. (1)

Respecto a la **urbanización**, en la actualidad más del 50% de la población mundial vive en las zonas urbanas y se espera, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que para el 2050, esa población urbana llegue al 70% (6).

Ciertamente, en las últimas décadas se ha producido una migración de la población de las áreas rurales a las áreas urbanas, las cuales cuentan con numerosos comercios y servicios, reduciéndose la distancia que recorrer hacia los mismos, lo que implica una menor actividad física. Los trabajos son más sedentarios que en el ámbito rural gracias a los avances tecnológicos. Además, aumentan las jornadas laborales, lo que disminuye el tiempo libre y como consecuencia la cantidad de actividad física, adoptándose estilos de vida cada vez más sedentarios. (4) (5)

Los entornos urbanos no propician la práctica de ejercicio físico, más bien favorecen los hábitos sedentarios y el consumo de ciertos alimentos inadecuados. La actividad física se ve obstaculizada por diversos factores urbanos como es el hacinamiento, el gran volumen de tráfico, el frecuente uso de medios de transporte motorizados y la falta de espacios públicos seguros y de instalaciones recreativas y deportivas. Las ciudades deben superar este desafío tan próximo a través del fomento de “una planificación urbana que propicie los hábitos saludables”. (6)

Como dato último y relevante: el número de niños y adolescentes entre los 5-19 años que presentan obesidad en el mundo se ha multiplicado por 10 a lo largo de las últimas 4 décadas. Según un estudio realizado por el Imperial College de Londres y la OMS para el año 2022 habrá más niños y adolescentes con obesidad que con un peso por debajo al considerado saludable. (6)

Sin duda, los **avances tecnológicos** y la mejora en las condiciones socioeconómicas de vida son factores estrechamente relacionados con esta transformación. Las mejoras en la aclimatación de las viviendas y lugares de trabajo (lo que se conoce como *confort térmico*, que afecta al gasto energético), la mecanización del trabajo (implicando menor esfuerzo físico), los avances en el transporte público, y un gran aumento del uso del transporte motorizado privado, tienen como consecuencia una disminución de la actividad física diaria. (1)

Otro factor que contribuye al sedentarismo es la aparición de las nuevas tecnologías de entretenimiento, como pueden ser la televisión, los móviles o las consolas, que suponen un bajo gasto de energía, y cuyo uso en el tiempo libre es cada vez mayor. Además les incita a comer desordenadamente, en grandes porciones y a cualquier hora. (7)

Como consecuencia, estos cambios que se han producido en los últimos años han alejado progresivamente a España y otros países de la región mediterránea del **Estilo de Vida Mediterránea** (EVM), el cual está reconocido como “saludable”, haciéndose más notable en la población joven, y entendida no sólo en “lo que como” y “lo que bebo”, sino también en “cómo lo como” y “cómo me muevo”, es decir, la parte social del EVM. Sin duda, la mala utilización de los avances tecnológicos y la mejora en las condiciones socioeconómicas de vida, como se ha comentado con anterioridad, son factores estrechamente relacionados con estos cambios. (1)

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad Complutense de Madrid muestra un cambio a lo largo de los últimos años en el patrón de alimentación de los españoles, descendiendo notablemente el consumo de verduras, hortalizas y cereales, y aumentando el de proteínas y grasas (en especial las grasas saturadas). En concreto, los adultos que formaban parte de este estudio consumían una media de 4 raciones de cereales y legumbres al día, y únicamente un 7,4 % de la muestra tomaba 6 raciones al día de este tipo de alimentos. (8)

Con esto se ratifica un distanciamiento de la dieta mediterránea, considerada como saludable. Como consecuencia, se produce un aumento progresivo en las cifras de obesidad en nuestro país, España, que podemos observar en la siguiente gráfica.

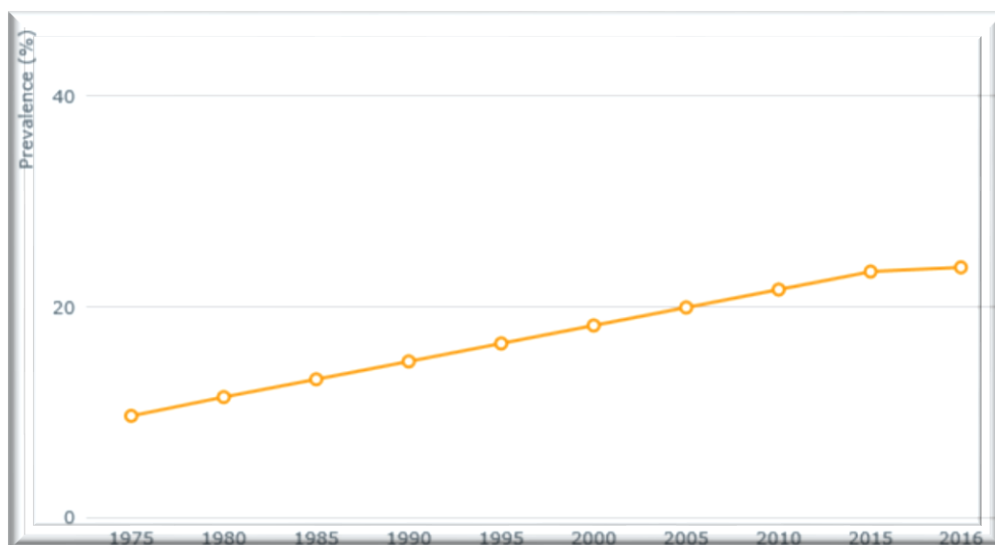


Figura 2. Prevalencia de obesidad en España. (3)

Crisis económica y sus consecuencias

Según G. Pérez et al (9), la actual crisis económica europea (que comenzó en 2007/2008) y el aumento de las tasas de desempleo está teniendo consecuencias sobre la salud de los ciudadanos. Ha habido un aumento de abuso de sustancias nocivas, ya sea drogas, alcohol o tabaco, y por consiguiente un aumento de la mortalidad. En relación a la dieta se ha producido un empobrecimiento de la población junto con un aumento del coste de la vida, lo que hace que la alimentación sea insuficiente o inadecuada, muchas veces por desconocimiento, pudiendo pensar que una comida procesada o precocinada es más barata que realizarla comprando los alimentos necesarios para ello (10). Según García Álvarez-Coque y López-García, al disminuir los ingresos económicos también lo hace la cantidad de ellos que se destina a la alimentación, y por ello la población tiende a seleccionar alimentos de bajo coste, con alta densidad energética y saciantes, siendo estos mayoritariamente alimentos procesados. (11)

En contraposición y a modo de curiosidad, hay que decir que la crisis también podría tener efectos positivos, ya que al reducirse las horas de trabajo aumentan las oportunidades de realizar ejercicio físico y ocio, pero no es así. (9) (10)

Por otro lado, el desempleo se ha asociado a un aumento de la prevalencia de los problemas de salud mental, entre los cuales, el más destacado y que ha experimentado un mayor incremento sería la depresión, además del deterioro de la autoestima, ansiedad, suicidios e intentos del mismo. (9) (10)

En el caso de España, el estudio IMPACT analizó el aumento de los trastornos mentales como consecuencia de la crisis económica. Los resultados mostraron un mayor incremento de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, somatomórfos, alteraciones en el patrón del sueño y consumo de sustancias de abuso. (10)

Todos estos cambios tienen repercusión en la alimentación. Como hemos mencionado anteriormente, esta crisis económica trajo consigo una mayor prevalencia de ciertos factores emocionales, como son la ansiedad, el estrés o el cansancio, que producen desinhibición y hacen que aumente la ingesta de alimentos, en especial aquellos de alta densidad energética debido a su bajo coste económico (12). Por tanto, las emociones juegan un papel muy importante, que influyen directamente en la conducta alimentaria. (13)

Conceptualización del Comedor Emocional

Según la RAE podemos definir **Emoción** como "una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática". (14)

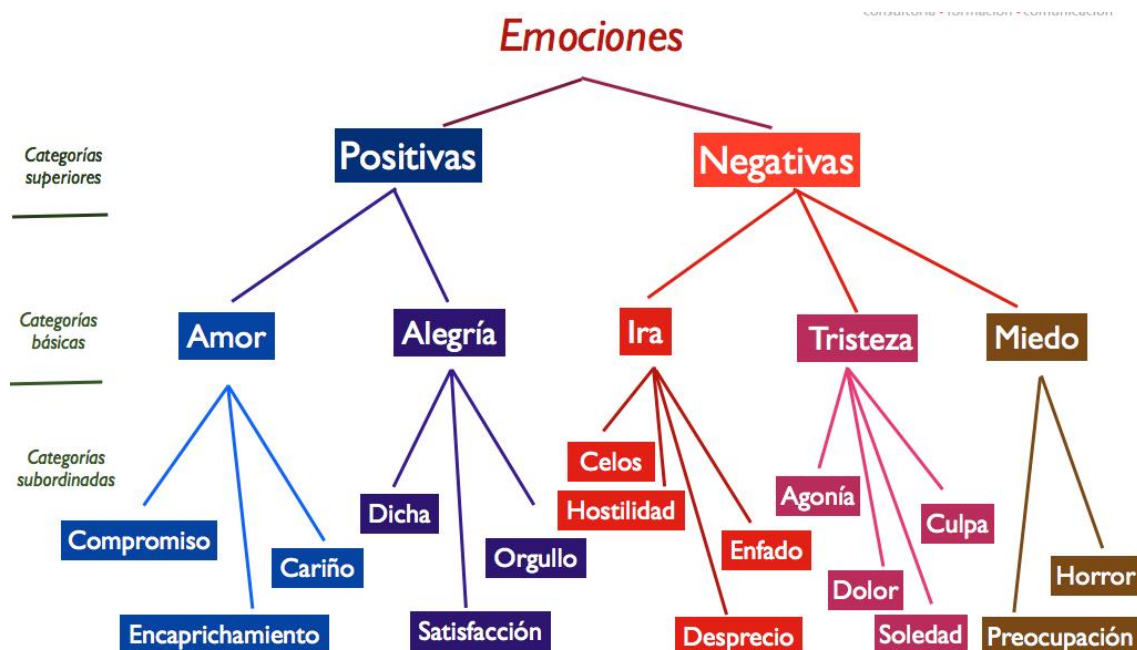


Figura 3. Jerarquía de las emociones. (16)

Las emociones, tanto positivas como negativas, siempre han sido necesarias, ya que permiten adaptarnos a las diferentes circunstancias de la vida diaria. Estas pueden ser positivas, como la alegría o el amor, o negativas, como el miedo o la ansiedad y cuando estas últimas son muy intensas o se prolongan en el tiempo pueden afectar a nuestra salud, haciéndonos más vulnerables contra las enfermedades (Figura 2). (15)

J.L. Sánchez Benito y Y. Pontes Torrado, defienden que en realidad, lo que nos afecta no son las emociones en sí mismas, sino la forma de afrontarlas. Y cuando la persona no es capaz de llevar a cabo estrategias de afrontamiento adecuadas surgen problemas que afectan, entre otros, a los hábitos alimentarios. (12)

Se atribuye el término “Comedor Emocional” (CE), a aquel individuo que no es capaz de llevar a cabo estrategias de afrontamiento adecuadas ante las distintas emociones, lo cual repercute en su alimentación (12). Como consecuencia, estas personas comen en exceso en respuesta a emociones y no necesariamente para saciarse, y tienden a seleccionar aquellos alimentos de alta densidad energética. (13) (17)

Por lo general las emociones que desencadenan la ingesta son negativas, pero en la búsqueda realizada se han encontrado artículos que defienden que la ingesta excesiva también se puede producir ante emociones positivas. (18) (19)

Ahora bien, las emociones negativas son percibidas por nuestro cuerpo como una amenaza, lo cual provoca que a nivel fisiológico se libere glucosa en sangre, que a su vez suprime la sensación de hambre. Por lo tanto, comer en respuesta a emociones no es un mecanismo fisiológico sino una conducta aprendida en la sociedad. (13)

Con esto, podemos distinguir dos tipos de sensaciones de hambre (20):

- Hambre física: se sitúa en el estómago, y aparece de forma gradual después de varias horas sin comer. Tras la ingesta desaparece y el individuo tiene sensación de plenitud y satisfacción. No genera sentimientos negativos.
- Hambre emocional: se sitúa en la cabeza, y surge en cualquier momento de forma repentina. Existe preferencia por determinados tipos de comida. La sensación de hambre persiste a pesar de ingerir alimentos, tras lo cual aparecen sentimientos de culpa y vergüenza por comer excesivamente.

Factores de riesgo

No se han encontrado artículos ni documentos que muestren la prevalencia o incidencia del CE, pero sí lo relacionan con ciertos rasgos o características personales que podrían considerarse factores de riesgo, entre los cuales se encuentran:

- El sexo. La mayor parte de los estudios encontraron que hay mayor incidencia en mujeres que en hombres. (12) (13) (18)
- Obesidad. Observándose mayor prevalencia de alimentación emocional en individuos con sobrepeso y obesidad. (13) (18)
- Insatisfacción y/o preocupación por el peso o imagen corporal. Lo cual genera emociones negativas, que si no se gestionan de forma correcta dan lugar a grandes ingestas para encontrar el bienestar. (21)
- Depresión o presencia de síntomas depresivos. Debido a la presencia de emociones negativas que conlleva este trastorno mental. (17) (22)
- Historial de dieta. El hecho de seguir una dieta puede favorecer el desarrollo de **restricción cognitiva**, es decir, reducción de la ingesta por parte del individuo con el objetivo de perder peso, que también puede incluir la prohibición de comer ciertos alimentos considerados como no saludables o “prohibidos”. Esto puede provocar en la persona mayor sensación de hambre y un aumento del deseo de consumir esos alimentos considerados “prohibidos”, lo que puede llevar a grandes ingestas en respuesta a emociones negativas. (13)
- Estrés. Se relaciona con el desarrollo de depresión, caracterizada por la presencia de emociones negativas, lo que puede llevar a los individuos a comer en respuesta a las mismas. El estrés también puede provocar un aumento de ansiedad, y una mala gestión de la misma conduce a comer emocionalmente. (23)
- Sueño. Se ha observado que patrones del sueño alterados, sobre todo, horas de sueño inferiores a las consideradas óptimas (7-8 h/día), tienen efectos sobre el apetito, aumentando la ingesta y, por tanto, el riesgo de obesidad. (7)

Justificación

El concepto de “Comedor Emocional” es muy novedoso y por ello aún no hay suficiente bibliografía sobre él. Este término aparece muy ligado a la obesidad, una patología con alta prevalencia mundial y que es considerada por la OMS como “la epidemia del siglo XXI”. (4) Por tanto, para los profesionales de salud, es importante conocer en qué consiste el comer emocionalmente, su diagnóstico y tratamiento, ya que si una persona obesa o con sobrepeso es además un CE, no se puede abordar solo la obesidad, sino que también habrá que tener en cuenta sus emociones, el manejo de ellas y su influencia en el individuo, y así conseguir una pérdida de peso eficaz y bienestar emocional del individuo.

Como herramientas para el diagnóstico, las más utilizadas son el “*Cuestionario de Comedor Emocional Garaulet (CCE)*” de M. Garaulet (39), desarrollado para valorar la influencia de las emociones en la ingesta de alimentos y el cuestionario “*The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)*” de Stunkard y Messick (40), el cual valora 3 aspectos: restricción cognitiva, alimentación emocional y atracones. También podemos encontrar “*Yale Food Addiction Scale*” de Gearhardt, Corbin, and Brownell (41), que evalúa adicciones alimentarias.

Estos cuestionarios junto con un buen nivel de conocimientos acerca del CE pueden ayudar a la enfermera a identificar y tratar a aquellos pacientes que lo padecen.

El tratamiento y abordaje para este tipo de personas tendría que incluir, entre otros, educación sobre dieta y ejercicio físico, para establecer hábitos saludables y prevenir o tratar la obesidad. Además, hay que tener en cuenta la parte emocional, para la cual sería necesaria la psicoterapia, en la cual podemos incluir la terapia cognitivo-conductual o el Mindfulness, entre otras, que pueden ser de gran ayuda en el control y gestión de las emociones y las respuestas ante éstas.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es conocer el término de “Comedor emocional”, y el papel de la enfermera en su posibilidad de detección, diagnóstico y tratamiento, así como:

- Conocer la etiología del “Comedor Emocional”.
- Identificar las herramientas para su diagnóstico.
- Describir los tratamientos más apropiados.
- Elaborar un plan de cuidados estándar.

MÉTODOLÓGÍA

Para la elaboración de esta revisión narrativa se ha realizado una búsqueda de publicaciones de los últimos 5 años, relacionadas con el objetivo de revisión en las bases de datos: PubMed, CINAHL, Cochrane, Scielo y Google Scholar.

Otras fuentes consultadas fueron: “*El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid: COPM*”, “*La Organización Mundial de la Salud: OMS*” y la base de datos NNN Consult.

Se utilizaron las palabras clave Comedor Emocional (Emotional Eating), Estilo de Vida (Lifestyle), Obesidad (Obesity), Hormonas (Hormones), Emociones (Emotions), Apetito (Appetite), Genes (Genes) y Sueño (Sleep). Estos términos aparecen en el Tesauro Mesh, a excepción de Comedor Emocional que ha sido redactado como “lenguaje libre”. Los operadores booleanos empleados han sido AND y OR.

Criterios de búsqueda:

Los filtros empleados han sido: textos completos, en inglés o castellano, fecha de publicación de menos de 5 años de antigüedad, humanos y adultos mayores de 19 años.

Los criterios de inclusión han sido artículos sobre:

- Los estilos de vida: evolución, situación actual, cambios y sus consecuencias en la salud de los individuos.
- Población adulta mayor de 18 años.
- La obesidad: estado actual, factores de riesgo, comorbilidades asociadas, tratamiento y su relación con el concepto de Comedor Emocional.
- El Comedor Emocional, incluyendo la patología en sí, la prevalencia, detección, tratamiento y comorbilidades asociadas al mismo.
- El papel enfermero en la detección y tratamiento del Comedor Emocional.

Los criterios de exclusión han sido:

- Textos incompletos.
- Población menor de 18 años.
- Población con patologías previas, a excepción de obesidad.

Base de datos	Búsqueda	Resultados	Selección
Pubmed	“Lifestyle” [Mesh] AND Emotional eating	63	9
	“Emotional Eating” AND “Hormones” [Mesh]	17	5
	Garaulet M[Author] AND Emotional eating	3	3
	"Obesity"[Mesh] AND ("Sleep"[Mesh] OR "Sleep Disorders, Circadian Rhythm"[Mesh])	272	2
	"Emotions"[Mesh] AND ("Appetite"[Mesh] OR "Appetite Regulation"[Mesh])	78	1
	"Genes"[Mesh] AND "Emotional eating"	4	2
CINAHL	“Emotional Eating”	21	4
Cochrane	“Emotional Eating”	1	1
Scielo	“Emotional Eating”	2	1
Google Scholar	Se realizaron 3 búsquedas de forma puntual	> 80.000	8
WEBS: COPS, OMS.			8
TOTAL			44

Tabla 1: Búsquedas bibliográficas. (Figura de elaboración propia)

Tras realizar la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos se han encontrado 44 artículos que cumplen con los requisitos necesarios para la elaboración del trabajo.

Además se ha utilizado de forma puntual el buscador Google Imágenes para añadir algunas de las figuras explicativas al trabajo (en concreto 3 de ellas).

RESULTADOS

Es importante hacer referencia a los **ritmos circadianos** ya que una alteración en los mismos (**cronodisrupción**) puede contribuir al desarrollo de obesidad, enfermedad crónica frecuentemente asociada a la alimentación emocional.

Los ritmos circadianos son procesos fisiológicos periódicos que ocurren cada 24 horas en la mayoría de seres vivos. La ciencia que se encarga de su estudio recibe el nombre de **cronobiología**. En los seres humanos, el sistema circadiano está formado por (24) (25):

- Reloj central: se encuentra en el núcleo supraquiasmático (NSQ) del hipotálamo, el cual se “reajusta” diariamente a través de señales de luz/oscuridad (captadas a través de los ojos), actividad/reposo e ingesta/ayuno. Su actividad también está controlada por los genes reloj, que se clasifican en inhibidores y activadores. Este reloj central se encarga de regular la acción de relojes periféricos que se encuentran en gran parte de tejidos y órganos (páncreas, corazón, pulmón...) a través de la producción de hormonas y del sistema nervioso vegetativo.
- Vías de entrada: a través de ellas llegan las señales al reloj central para su “reajuste”.
- Vías de salida: encargadas de mandar señales a los diferentes efectores para la regulación de los procesos fisiológicos cíclicos mencionados anteriormente, que determinan patrones de actividad/reposo, alimentación, conductas y comportamientos, etc.

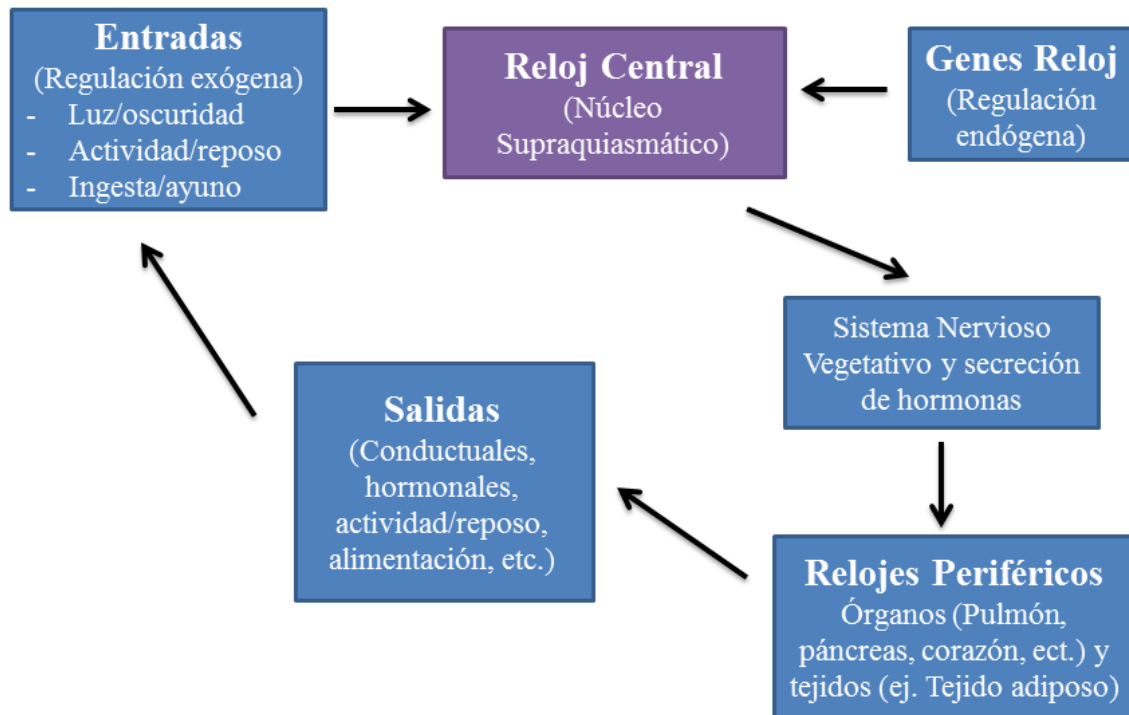


Figura 5. Organización y funcionamiento del Sistema Circadiano. Elaboración propia. Fuente: Francisco J Sánchez-Muniz. (25)

La **Cronodisrupción** es definida como “la perturbación del orden temporal interno de los ritmos circadianos fisiológicos, bioquímicos y comportamentales” y puede ser debida a las siguientes causas (24):

- Modificación en las entradas, como variaciones en la intensidad de luz o cambios en los horarios de actividad e ingesta.
- Afectación del reloj central, como la desincronización del mismo con los relojes periféricos o cambios en los genes reloj.
- Alteración en las salidas, como fallos en la producción de hormonas (especialmente de melatonina y cortisol) encargadas de la conexión del reloj central con los relojes periféricos.

En la actualidad, las sociedades modernas favorecen la cronodisrupción, ya que cuentan con luz artificial con la que pueden modificar la intensidad y los horarios de exposición a la misma, termostización que permite un mantenimiento de temperatura estable, reducción de la actividad física, alteraciones en los patrones de sueño (disminución de horas de descanso o turnos de noche que obligan a dormir por el día) y cambios en los horarios de las comidas. Esto puede alterar funciones del metabolismo reguladas por los

ritmos circadianos, como pueden ser el metabolismo de lípidos o de glucosa, lo cual contribuye especialmente al aumento del riesgo de obesidad, asociada al CE. Además, la cronodisrupción dificulta la pérdida de peso en individuos obesos o con sobrepeso, por lo que habrá que tenerla en cuenta para llevar a cabo un tratamiento adecuado para estos pacientes. (24) (25)

Podemos definir al “Comedor Emocional” como aquel individuo que ingiere alimentos en respuesta a emociones negativas, para hacer frente y aliviar las mismas (18). Sin embargo, aún no se ha encontrado la causa exacta, pero sí ha sido relacionado con factores de tipo genético, orgánico y social.

Factores genéticos

En la bibliografía obtenida se han encontrado artículos que asocian al CE con la presencia de ciertos genes, entre los cuales, encontramos el gen del receptor de melanocortina 4 (MC4R).

Las melanocortinas son hormonas que intervienen en la regulación del apetito, reduciéndolo y, por consiguiente, la ingesta es menor. P.D. Zeynep Yilmaz et al, observaron en su estudio que la presencia de un determinado polimorfismo del gen aumentaba la probabilidad de padecer obesidad. Así pues, al existir una afectación genética, dado que son neurotransmisores, no le envían la señal correcta a las neuronas del hipotálamo, el cuerpo no detecta el incremento en sus niveles de grasa, de manera que la persona sigue comiendo con voracidad y en exceso. Es decir, en esta situación el organismo no es capaz de aplicar “el freno de emergencia” para controlar el apetito. (26)

Merece reseñar su implicación con la regulación del estado de ánimo a través de la interacción del gen con la serotonina y la dopamina, ambos neurotransmisores, cuando existe una menor generación de serotonina se relaciona con un grado más alto de ansiedad, lo cual puede dar lugar a la alimentación emocional, es decir, comer en respuesta a determinados estados emocionales. (26)

Otro gen que se asocia al CE es el Fat Mass and Obesity-Associated (FTO). Este gen está relacionado con la regulación de la saciedad, cuya presencia disminuye la sensación percibida de la misma. Por tanto es más probable que los portadores del gen sean más propensos a comer en exceso, siendo más susceptibles de desarrollar sobrepeso y

obesidad. (27)

Marilyn C. Cornelis et al, observaron que las puntuaciones de alimentación incontrolada y emocional (según el cuestionario TFEQ) aumentaba en presencia de ciertos genes relacionados con la obesidad (MTCH2, TNNT3K y ZC3H4). (28)

Por último, es importante revelar que aunque parece que estos genes aumentan la probabilidad de ser un CE, hasta ahora mismo no se ha establecido de forma clara y segura, por lo que sería necesario abrir nuevas líneas de investigación acerca de estas asociaciones. (28)

Factores sociales

El comer emocionalmente puede ser debido a un mal aprendizaje del modo de afrontar y gestionar las emociones durante la infancia. Como consecuencia, se produce la ingestión de alimentos de alta densidad energética en respuesta a emociones negativas, con el fin de reducirlas, regularlas, y conseguir así el bienestar personal. (18) (29)

Una explicación puede ser a través del Condicionamiento Clásico de Pavlov, que asocia la presencia de ciertos estímulos con determinadas conductas tras un proceso de aprendizaje. En el caso del CE, comer sería la conducta y las emociones negativas el estímulo. Para que se produzca la asociación estímulo-conducta, ambos han tenido que darse conjuntamente en varias ocasiones, es decir, que tras un estado de ánimo negativo el individuo ingiere alimentos, en particular, de alta densidad energética. Esto da lugar a un aprendizaje, el individuo tiene deseo de comer solo al sentir emociones negativas. (30)

También puede ser consecuencia de la “costumbre” de consolar a los niños con alimentos de alto contenido en grasas y/o azúcares, como pueden ser las golosinas. Esto puede llevar a que ante esas mismas experiencias y emociones durante la vida adulta (como por ejemplo tristeza, soledad...), el individuo tienda a consumir esa clase de alimentos que le reconfortan y le ayudan a hacer frente a la situación. (31)

Factores orgánicos

Los alimentos ingeridos en respuesta a las emociones, de alta densidad energética, ricos en grasas y azúcares, pueden activar sistemas de recompensa (similares a los relacionados con el abuso de sustancias adictivas), produciendo la liberación de

opiáceos endógenos y serotonina dando lugar a una sensación de bienestar. Esto puede dar lugar al desarrollo de la tolerancia, por la cual cada vez necesitan comer más cantidad a la hora de hacer frente a las emociones negativas causantes de la ingesta. (32)

Por otro lado, en el caso de las mujeres, varios estudios han demostrado que a lo largo del ciclo menstrual ocurren fluctuaciones en los niveles de alimentación emocional debido a la acción de las hormonas ováricas. El **estradiol** inhibe la ingesta de alimentos y la **progesterona**, antagoniza el efecto del estradiol, provocando una mayor ingesta. En la fase lútea media se produce un aumento de ambas hormonas, siendo mayor el correspondiente a la progesterona, y, por tanto, es aquí donde encontramos mayor incidencia de alimentación emocional. En esta fase también se han hallado altos niveles de **leptina** (Figura 5), hormona reguladora del apetito, que puede dar lugar a una mayor ingesta en este periodo. En cambio, en la fase ovulatoria, cuando se produce un aumento únicamente de estrógenos, es donde la incidencia de alimentación emocional es menor, ya que no hay suficiente progesterona para contrarrestar la acción de los mismos. (21)

(33)

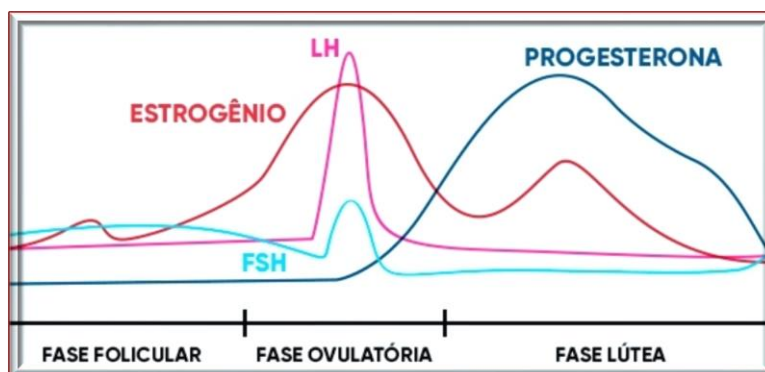


Figura 4. Fases del ciclo menstrual. (34)

La **grelina** es la hormona que interviene en la regulación del apetito, la cual alcanza sus niveles más altos antes de las comidas y durante el ayuno, disminuyendo tras la ingesta (Figura 5). Se ha visto que los niveles de grelina aumentan ante factores estresantes, lo cual puede llevar a una ingesta excesiva de alimentos. También se ha informado de niveles basales más bajos de esta hormona en el CE, además de una disminución posprandial más atenuada de la misma. Esto daría lugar a unos niveles mantenidos de la hormona lo cual alteraría los mecanismos que regulan la ingesta. (35)



Figura 5. Balance leptina – grelina. (36)

El **cortisol**, también llamado hormona del estrés, se eleva ante situaciones que producen angustia, ansiedad o estrés. Esta hormona activa el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) y prepara al individuo para la huida o lucha, aumentando la glucosa en sangre y disminuyendo la motilidad gástrica, lo que suprimiría la ingesta de alimentos. Lo que se ha observado en el CE es que el eje HHA tiene una baja reactividad ante el aumento de cortisol en situaciones estresantes, por lo tanto no disminuye ni inhibe la ingesta. (37)

El **péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1)** es una hormona posprandial relacionada con la saciedad. Se ha observado menor sensibilidad a esta hormona en CE, y por tanto tienen mayor propensión a comer excesivamente, ya que su cerebro no recibe la señal de saciedad para frenar la ingesta. (38)

La **melatonina** es una hormona que interviene en los ciclos de sueño y regula otras hormonas. Alcanza sus niveles máximos durante la noche, favoreciendo el sueño, y disminuye durante el día. Por tanto alteraciones en el sueño, pueden dar lugar a modificaciones en los niveles de melatonina que a su vez repercute en las otras hormonas que esta regula, como pueden ser aquellas que intervienen en el metabolismo, afectando así a los comportamientos alimentarios del individuo. (25)

Comorbilidades asociadas al Comedor Emocional

Obesidad

La obesidad es la patología que con más frecuencia se asocia al Comedor Emocional. Los estudios realizados en torno a esta relación no determinan la causalidad exacta entre ambas, pero si han observado la presencia de un IMC elevado en aquellos individuos clasificados como CE.

Sandrine Péneau et al (13) examinaron en su estudio la relación entre la alimentación emocional y el peso, y cómo el sexo y la dieta pueden influir en esa relación. Observaron un IMC más alto y un aumento del riesgo de desarrollar sobrepeso en aquellos individuos con mayores puntuaciones de alimentación emocional según el cuestionario “*The Three Factor Eating Questionnaire*” (TFEQ). Sin embargo, no determinan la dirección de la causalidad entre ambos, pudiendo ser la alimentación emocional la que conduce al sobrepeso o a la inversa, que el aumento de peso favorezca la aparición de emociones negativas y lleve al desarrollo de esa conducta emocional.

Simone Dohle et al (18) llevaron a cabo un estudio observacional longitudinal para analizar la influencia de la actividad física en la asociación alimentación emocional – IMC. Observaron que los individuos que tenían altos niveles de alimentación emocional al comienzo del estudio, tenían mayor probabilidad de aumentar peso un año después, y esta relación era más fuerte en aquellos individuos con bajos niveles de actividad física. Además, informaron de un mayor consumo de alimentos de alta densidad calórica en los Comedores Emocionales, lo cual puede favorecer el aumento de peso.

Tatjana van Strien et al (29) concluyeron con su estudio longitudinal que los CE presentaban mayor probabilidad de desarrollar sobrepeso, debido a un consumo excesivo de alimentos en respuesta a las emociones negativas. También hacen referencia a la actividad física, determinando que la misma es capaz de reducir el aumento de peso en estas personas.

Trastornos del estado de ánimo

Otros trastornos considerados comórbidos para el CE son la ansiedad y la depresión.

Kara M. Whitaker et al (22) llevaron a cabo un estudio para observar la relación entre la depresión y alimentación, y obtuvieron que la presencia de síntomas depresivos se

asociaba positivamente con la alimentación emocional, lo cual conllevaba a una peor calidad de la dieta, aumentando la ingesta de azúcares y grasas saturadas.

Géraldine M. Camilleri et al (17) observaron en su estudio longitudinal que la alimentación emocional se relacionaba con un mayor consumo de alimentos de alta densidad energética, y esta asociación era más fuerte en mujeres con depresión que en las mujeres del grupo control.

Por otro lado, factores como el estrés influyen en la calidad de la dieta. Akiko Suzuki et al (23) observaron que el estrés aumentaba el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, y se asociaba con mayor sensación de hambre y atracones.

La ansiedad también favorece la alimentación emocional, ya que una mala gestión de la misma con el fin de aliviarla, puede dar lugar a una ingesta excesiva de alimentos. (12)

Diagnóstico

Herramientas específicas

Como herramientas específicas más utilizadas en el diagnóstico del CE podemos encontrar: el “*Cuestionario de Comedor Emocional Garaulet (CCE)*” de M. Garaulet, “*The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)*” de Stunkard y Messick, y “*Yale Food Addiction Scale (YFAS)*” de Gearhardt, Corbin, and Brownell.

El CCE de M. Garaulet (Anexo 1) es un cuestionario auto-administrado, cuyo objetivo principal es determinar el grado de alimentación emocional. Valora aspectos como la desinhibición, el tipo de alimentos ingeridos y el sentimiento de culpa. Consta de 10 preguntas, cuyas repuestas tienen un valor de 0 a 3, y la suma de las mismas permite una clasificación: “*Comedor No Emocional*” (0-5), “*Comedor Poco Emocional*” (6-10), “*Comedor Emocional*” (11-20) y “*Comedor Muy Emocional*” (21-30). En este último se asocia a mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como anorexia o bulimia. (39)

El TFEQ de Stunkard y Messick, es otro cuestionario auto-administrado que valora 3 factores del comportamiento alimentario: restricción cognitiva, desinhibición y hambre. Con él podemos identificar, entre otras, la alimentación emocional y la alimentación incontrolada. El cuestionario original está formado por 51 ítems, pero hay una versión

reducida del mismo, que es empleada en la mayoría de los estudios. Consta de 21 ítems: 6 ítems para valorar la restricción cognitiva, 9 para la alimentación incontrolada y 6 para la alimentación emocional. En relación a esta última parte los resultados se interpretarían de la siguiente forma: puntuación de 0 indica que es un *Comedor No Emocional*, puntuación de 0 a 44 *Comedor Poco Emocional*, y puntuación mayor de 44 *Comedor Muy Emocional*. Además, se ha hecho una adaptación del mismo al español, en el cual se han fusionado el hambre con la desinhibición y ha dado lugar a un cuestionario con dos partes, la primera de 36 ítems, en la cual cada uno puntúa de 0 a 1, y la segunda de 15 ítems con varias opciones de respuesta, en la que la mayoría son escalas de frecuencia. (13) (40)

Por último tenemos YFAS de Gearhardt, Corbin, and Brownell, es el menos utilizado para identificar al Comedor Emocional, pero que sirve para valorar aspectos relacionados con el mismo. Es una escala con la que podemos identificar a individuos con trastorno por atracón, para valorar la intensidad del mismo y las emociones asociadas. (41)

Valoración de los ritmos circadianos

Es importante valorar los ritmos circadianos en la práctica clínica para ver si están alterados, e identificar así la presencia de Cronodisrupción, que puede tener consecuencias en los patrones de alimentación, dando lugar entre otras a la alimentación emocional. Para ello, es suficiente valorar los siguientes aspectos (24):

- 1) **Temperatura corporal periférica:** para observar las variaciones circadianas.
- 2) **Cortisol salival:** se recogen muestras de forma no invasiva y fácilmente. Suele ser suficiente con tres muestras, tres veces al día (mañana, al mediodía y noche).
- 3) **Registro del sueño:** sería necesario recoger datos sobre la hora a la que se va a dormir y a la que se despierta, además de despertares y calidad del mismo, entre otras variables.

Tratamiento

El tratamiento del CE consiste en un abordaje terapéutico multidisciplinar, incluye tanto intervenciones psicológicas como nutricionales, con el fin de establecer patrones alimentarios saludables, al igual que un óptimo peso y bienestar emocional.

Este tendrá intervenciones similares a las del tratamiento para el Trastorno por Atracón (TPA), ya que en este trastorno alimentario tienen lugar ingestas excesivas y descontroladas que pueden ser causadas por emociones negativas, entre otras. Además, será necesario tener en cuenta el abordaje de la obesidad y sobrepeso, debido a su estrecha relación con el CE. (13)

En la revisión realizada no se han encontrado fármacos para el tratamiento específico del CE, por lo que el abordaje terapéutico no será farmacológico.

Actividad física

Varios estudios han demostrado que la práctica regular de ejercicio físico disminuye los niveles de alimentación emocional. Entre sus beneficios encontramos que (29):

- Ayuda a controlar el peso, y por tanto reduce el riesgo de obesidad asociado al CE.
- Disminuye sintomatología depresiva (comorbilidad asociada).
- Aumenta bienestar emocional al reducir las emociones negativas.
- Mejora la percepción de la imagen corporal.
- Contribuye a una adecuada regulación del apetito, hambre y saciedad.

Además, un estudio en concreto (18) encontró que la actividad física voluntaria recreativa en los CE favorecía la elección de alimentos saludables, incluso en presencia de emociones negativas, en comparación con los que no realizaban ejercicio físico.

Mindfulness

Podemos considerar el Mindfulness como una herramienta efectiva para el tratamiento de la alimentación emocional, ya que se ha encontrado bibliografía suficiente que respalda la ayuda de esta herramienta para reducir los niveles de descontrol a nivel alimentario. (42)

El Mindfulness es una terapia “dirigida a reducir la angustia y mejorar el bienestar a través de la práctica de la atención plena”, consiste en un “estado de atención sin prejuicios a la experiencia inmediata”. En el caso del CE esta terapia le ayudaría a tomar consciencia de las emociones negativas, aceptarlas y responder a las mismas correctamente. Con esto, el individuo aprende a distinguir así el hambre física de otros estados emocionales que provocan en él un gran deseo de comer. (42)

Alimentación intuitiva

Podemos definir la alimentación intuitiva como "la sintonía de la mente, el cuerpo y la comida que integra el proceso dinámico" (43), que daría lugar a comer en respuesta a las señales fisiológicas de hambre y saciedad. Consta de 4 pautas:

- “Permiso incondicional para comer cuando está hambriento y cualquier alimento que desee”. Sin prohibiciones y sin evitar los antojos.
- “Comer por razones físicas más que emocionales”, es decir, comer para saciarse y no para afrontar las emociones negativas.
- “Confianza del comedor intuitivo en las señales internas de hambre y saciedad para determinar cuándo y cuánto comer”.
- “Congruencia de la elección cuerpo – comida”, que consiste en la adecuada selección de alimentos para cubrir las necesidades del cuerpo, contribuyendo así a su adecuado funcionamiento.

Para poder llevar a cabo esta alimentación intuitiva sería necesario un entrenamiento para mejorar el reconocimiento de las señales internas que envía el cuerpo, y poder actuar en respuesta a las mismas. (43)

Este tipo de alimentación puede ser útil en el CE ya que al tomar conciencia de las señales fisiológicas de hambre y saciedad las podrá distinguir del hambre emocional. Así podrá llevar a cabo una alimentación que responda a las necesidades reales del cuerpo y no en respuesta a determinados estados emocionales.

Terapia cognitivo-conductual

La Terapia Cognitivo – Conductual (TCC) es un tipo de psicoterapia que ayuda al individuo a entender sus sentimientos y pensamientos y como estos afectan a las conductas y comportamientos, y modificar así la forma de pensar y/o actuar.

En el caso del CE, las emociones negativas generan en el individuo gran deseo de comer, con el fin de reducirlas. Por un lado tendríamos una alteración cognitiva ya que piensa que para paliar las emociones negativas es necesario comer, y por otro lado tendríamos una perturbación conductual, que sería la ingesta excesiva que lleva a cabo ante ese estado emocional. Por lo tanto la TCC puede ser una alternativa en el tratamiento de la alimentación emocional. (44)

No se ha encontrado literatura que compruebe la eficacia de esta terapia en el CE, pero sí aparece ligada al Trastorno por Atracón, mencionado anteriormente. Por tanto, algunas de las intervenciones de la TCC para dicho trastorno pueden ser útiles en el Comedor Emocional, y entre ellas podemos encontrar (45):

- Explicar en qué consiste la alimentación emocional.
- Usar un diario para registrar el comportamiento alimentario (el tipo de comida ingerida, contexto en el que tiene lugar, sentimientos y emociones en ese momento), para que el individuo tome conciencia de sus pensamientos, emociones y comportamientos.
- Identificar situaciones de riesgo que propicien el tipo de alimentación que nos ocupa.
- Entrenar en el afrontamiento y solución de problemas para valorar las distintas alternativas y elegir así la más adecuada.
- Explicar que la necesidad de comer en respuesta a las emociones es temporal.
- Enseñar actividades que impidan la ingesta para realizar cuando tenga gran deseo de comer.
- Evitar largos periodos de ayuno, ya que aumenta la sensación de hambre.

Es importante reforzar positivamente los progresos y reevaluar periódicamente para detectar problemas y seguir mejorando. (45)

Cronoterapia

La Cronoterapia es una “terapia dirigida a intervenir sobre los procesos de cronodisrupción, actuando a nivel de las alteraciones producidas en las entradas y salidas que regulan los ritmos circadianos”. (46)

Por tanto las intervenciones se dividen en 2 grupos (46):

- Intervenciones para las alteraciones a nivel de las entradas: lograr una exposición regular a la luz, establecer patrones de sueño y alimentación adecuados y realizar ejercicio físico de manera regular.
- Intervenciones para las alteraciones a nivel de las salidas: administración de fármacos, como pueden ser análogos de melatonina. También hay alternativas no farmacológicas, que consisten en la regulación de los niveles de cortisol mediante el establecimiento de horarios regulares de sueño, comida y ejercicio físico.

El Comedor Emocional puede tener un horario irregular de comidas, ya que las emociones desencadenantes de la ingesta no se presentan de forma regular, y esto da lugar a la cronodisrupción para la cual es útil el uso de este tipo de terapia.

CONCLUSIONES

Tras la revisión realizada sobre el Comedor Emocional se ha obtenido información acerca de su etiología, diagnóstico y tratamiento para valorar el papel de la enfermera ante estos pacientes dentro del contexto de Atención Primaria (AP).

El ámbito más adecuado para la detección y tratamiento del Comedor Emocional sería la AP, debido al gran número de pacientes que acuden a las consultas de enfermería por obesidad o sobrepeso (ya que es donde encontramos mayor prevalencia de CE). También pueden ser adecuados los Centros de Salud Mental (CSM) ya que acuden personas con depresión, estrés y ansiedad, todos ellos relacionados con la alimentación de posible origen emocional.

La intervención enfermera debe adaptarse a la situación socio-cultural del paciente con un abordaje bio-psico-social del individuo a través de una herramienta, como es la educación sanitaria, indispensable para el cambio de conductas y hábitos.

La enfermera tiene un papel importante en su detección y tratamiento. Conociendo los factores de riesgo y aplicando las herramientas diagnósticas (los test mencionados anteriormente), además de realizar una valoración inicial enfermera, podrán identificar a aquellos pacientes clasificados como CE y realizar las intervenciones necesarias para su abordaje. También es importante conocer la forma de tratarlos, para que las intervenciones sean eficaces y conseguir así, el bienestar de la persona.

El Comedor Emocional es un concepto muy novedoso que, por sus conductas alimentarias, puede ir en ascenso junto con la obesidad, enfermedad crónica que está experimentando un gran aumento en los últimos años. Es importante distinguir entre los conceptos de obesidad y CE, ya que aunque mantienen una estrecha relación, no se deben abordar de la misma manera. En el caso del CE habrá que tener muy en cuenta la parte emocional de la persona, enseñando a gestionar las emociones de forma correcta y no a través de la comida. En cambio, para la obesidad nuestras intervenciones se basarán principalmente en enseñar estilos de vida saludable, a través de la alimentación y el ejercicio.

La enfermera, con ayuda de la valoración junto con los test, tendrá que detectar los malos hábitos alimentarios del individuo. Estos hábitos forman parte de la cultura del

individuo, son la expresión visible de nuestro comportamiento diario en relación con la comida. Son fruto de interacciones y aprendizajes múltiples, son evolutivos e integran rasgos racionales e irracionales.

Para ello impartirá conocimientos sobre alimentación saludable y actividad física, explicando sus beneficios, para fomentar así prácticas alimentarias y un buen comportamiento alimentario, acordes con la promoción de hábitos saludables.

Tendrá en cuenta, también la parte emocional del individuo para enseñarle las formas adecuadas de gestionar las emociones, para que éstas no repercutan en su alimentación.

A través de una valoración enfermera por Patrones Funcionales de Salud (PFS) encontraríamos alteraciones en los siguientes patrones (47):

Percepción – manejo de la salud:

- Manejo ineficaz de las emociones negativas

Nutricional – metabólico:

- Cronodisrupción por alteración en los horarios de las comidas
- Sobrepeso u obesidad
- Ingestión excesiva de alimentos de alta densidad energética en respuesta a factores emocionales.

Autopercepción – autoconcepto:

- Presencia de depresión o síntomas depresivos.
- Insatisfacción y/o preocupación por el peso o imagen corporal.

Sueño – Descanso:

- Horas de sueño inferiores a las recomendadas (7-8 h/día).

Afrontamiento – tolerancia al estrés:

- Disminución del control ante estrés, ansiedad, angustia, etc.
- Estrategias de afrontamiento ineficaces (comer en respuesta a estados emocionales).

Con esta valoración y los test mencionados anteriormente, la enfermera podría detectar al CE y desarrollar así un Plan de Cuidados Enfermero acorde a las necesidades del mismo. En la siguiente tabla se propone un Plan de Cuidados dirigido al Comedor Emocional.

PLAN DE CUIDADOS COMEDOR EMOCIONAL

Diagnósticos de Enfermería	NOC	NIC	Actividades
[00078] Gestión ineficaz de la salud El Comedor Emocional se caracteriza por un manejo ineficaz de las emociones negativas que afecta principalmente a su conducta alimentaria. Por ello las intervenciones deben centrarse en la modificación de esos comportamientos, ayudándole a comprender y gestionar de manera adecuada esas emociones.	[1608] Control de síntomas <u>Indicadores:</u> “Reconoce el comienzo, intensidad y frecuencia del síntoma, utiliza medidas de alivio del síntoma y/o refiere control de síntomas”.	[4470] Ayuda en la modificación de sí mismo	Identificar las conductas que deben ser cambiadas para conseguir la meta deseada y ayudarle en la elección de otras más efectivas. Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.
	[1601] Conducta de cumplimiento <u>Indicadores:</u> “Acepta el diagnóstico y realiza el régimen terapéutico según lo prescrito”.	[5240] Asesoramiento	Establecer metas/objetivos. Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades para mejorar el afrontamiento y gestión de las emociones negativas y reforzar positivamente su utilización.
	[1302] Afrontamiento de problemas <u>Indicadores:</u> “Identifica y utiliza patrones de superación eficaces, refiere sensación de control y refiere bienestar psicológico”.	[5230] Mejorar el afrontamiento	Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. Enseñar estrategias para gestionar y afrontar emociones negativas (ansiedad, angustia...). Fomentar un dominio gradual de la situación.
	[1627] Conducta de pérdida de peso <u>Indicadores:</u> “Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos, evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos y se compromete con un plan para comer de forma saludable”.	[5246] Asesoramiento nutricional	Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Impartir conocimientos sobre alimentación saludable. Fomentar el ejercicio físico y comentar los beneficios del mismo.
[00232] Obesidad Es importante tener en cuenta que la forma de abordar a una persona obesa o con sobrepeso será distinta si es un Comedor Emocional, por lo cual habrá que incluir intervenciones			

propias de la obesidad pero sin olvidar la parte emocional para obtener los mejores resultados posibles.	[1405] Autocontrol de los impulsos <u>Indicadores:</u> “Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas y evita situaciones o entornos de alto riesgo”.	[4370] Entrenamiento para controlar impulsos	Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» para elegir la conducta más beneficiosa. Reforzar el uso de estrategias eficaces de solución de problemas. Reforzar positivamente los resultados satisfactorios.
[00198] Trastorno del patrón del sueño Las alteraciones en el patrón del sueño pueden afectar a la regulación del apetito, por lo que es de utilidad el uso de técnicas que mejoren el mismo.	[0004] Sueño <u>Indicadores:</u> “Horas de sueño y calidad del sueño”	[1850] Mejorar el sueño	Enseñar técnicas para mejorar la calidad y las horas de sueño (ej. Técnicas de relajación). Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. Establecer una rutina a la hora de irse a la cama (Ej. Acostarse a la misma hora, evitar el uso del móvil o televisión antes de dormir...)
[00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo En la atención a este tipo de pacientes hay que tener muy presentes los estados emocionales, para ayudarles en la comprensión y afrontamiento de los mismos, con el fin de que lleve a cabo conductas adecuadas.	[1204] Equilibrio emocional <u>Indicadores:</u> “Mantiene un peso estable, muestra control de los impulsos y apetito normal”.	[5330] Control del estado de ánimo	Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo y enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas (ej. Mindfulness). Proporcionar o remitir a psicoterapia (terapia cognitivo-conductual).

Tabla 2: Plan de Cuidados Comedor Emocional. Elaboración propia (47)

Limitaciones de la revisión

El Comedor Emocional es un término muy novedoso, y es por ello por lo que no se ha encontrado suficiente bibliografía que se centre específicamente en el concepto. La mayoría de los artículos se centran principalmente en la etiología del CE y en la explicación del concepto. En cambio, apenas se ha encontrado bibliografía sobre su tratamiento y la eficacia del mismo, teniendo que recurrir a otros trastornos alimentarios, como el TPA, que tienen semejanzas con el Comedor Emocional, para así valorar posibles intervenciones.

Tampoco se ha encontrado literatura acerca de la prevalencia e incidencia del Comedor Emocional, ni en España ni a nivel internacional.

En relación a las herramientas diagnósticas, solo se ha encontrado un cuestionario desarrollado específicamente para la detección del CE (Anexo 1). Además la mayoría de los estudios no se utiliza este cuestionario, si no que usan otros que tienen alguna parte que valora la alimentación emocional pero que no han sido diseñados específicamente para detectar la misma, y esto puede afectar a su diagnóstico.

Por otro lado, en relación al tratamiento, no se ha encontrado un Plan de Cuidados estándar para el Comedor Emocional, solo se han encontrado algunas intervenciones que reducen los niveles de alimentación emocional.

También es importante mencionar que no se han encontrado artículos que relacionen la labor de la enfermería ante este tipo de pacientes.

Como limitaciones relacionadas con la elaboración del trabajo encontramos el número máximo de referencias bibliográficas, ya que se ha encontrado escasa bibliografía específica y se han tenido que consultar numerosos artículos para la elaboración del trabajo y un correcto conocimiento sobre el tema. Además, la mayor parte de la bibliografía encontrada está en inglés, lo cual hace más difícil la lectura y comprensión de la misma.

Posibles líneas de investigación

- Determinar la prevalencia e incidencia, tanto a nivel nacional como internacional.
- Realizar estudios específicos sobre el Comedor Emocional, abordando su etiología, diagnóstico y tratamiento.
- Comprobar la eficacia de distintos tratamientos.
- Estandarizar el uso de herramientas específicas en su detección, para aplicarlas en la población de riesgo.
- Estudiar el papel de la enfermera ante este tipo de pacientes.
- Comprobar la eficacia del Plan de Cuidados planteado para el Comedor Emocional.

En conclusión, es de gran importancia que los profesionales de la salud conozcan qué es un Comedor Emocional y la población susceptible de serlo, para diagnosticarlo y tratarlo de forma eficaz, evitando así pasarlo por alto, o llevar a cabo un tratamiento inadecuado y confuso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varela Moreiras G, Alguacil Merino LF, Alonso Aperte E, Aranceta Bartrina J, Ávila Torres JM, Aznar Laín S, et al. Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer? *Nutrición Hospitalaria*. 2013;28(5):1-12.
2. Salvador J, Laguna S, Botella S. Estilo de vida y fármacos en la prevención y tratamiento del síndrome metabólico. *Actualidad y controversias del paciente hipertenso con síndrome metabólico*. 2010;51:14-19.
3. World Health Organization (WHO) [Internet]. Global Health Observatory; 2017 [citado 10 Ene 2018]. Prevalence of obesity among adults, ages 18+, 1975–2016 (age standardized estimate): Both sexes, 2016. Disponible en: <https://goo.gl/in2e2r>.
4. Zapata ME, Bibiloni MdM, Tur JA. Prevalence of overweight, obesity, abdominal-obesity and short stature of adult population of Rosario, Argentina. *Nutrición Hospitalaria*. 2016;33(5):1149-1158.
5. Aguilar A, Solé-Sedeño JM, Medina FX. Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. 2014;34(1):67-71.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citado 22 Dic 2017]. La planificación urbana es esencial para la salud pública. Disponible en: <https://goo.gl/BREzxJ>.
7. Cassidy S, Chau JY, Catt M, Bauman A, Trenell MI. Low physical activity, high television viewing and poor sleep duration cluster in overweight and obese adults; a cross-sectional study of 398,984 participants from the UK Biobank. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017;14(1):1-10.
8. Universidad Complutense de Madrid (Departamento de Nutrición de la Facultad de Farmacia). Madrid: Navia Lombán B, Ortega Anta RM, Perea Sánchez JM, Aparicio Vizuet A, López Sobaler AM, Andrés Carvajales P, et al. Influencia del consumo de pan en la calidad de la dieta y hábitos alimentarios de adultos españoles. Percepciones y conocimientos existentes en torno a este alimento; 2016.
9. Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Domínguez-Berjón F, Cabeza E, Borrell C. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en

- la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria. 2014;28(1):124-131.
10. Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria. 2014;28(1):104-108.
 11. Medina FX, Aguilar A, Fornons D. Alimentación, cultura y economía social. Los efectos de la crisis socioeconómica en la alimentación en Cataluña (España). Sociedade e Cultura. 2015;18(1):55-64.
 12. Sánchez Benito JL, Pontes Torrado Y. Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. Nutrición hospitalaria. 2012;27(6):2148-2150.
 13. Péneau S, Ménard E, Méjean C, Bellisle F, Hercberg S. Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. The American Journal of Clinical Nutrition. 2013;97(6):1307-1313.
 14. Real Academia Española (RAE) [Internet]. España: RAE; 2001 [citado 20 Dic 2017]. Emoción. Disponible en: <https://goo.gl/Zovq2p>.
 15. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (COPM) [Internet]. Madrid: COPM; 2014 [citado 26 Dic 2017]. Emociones y Salud. Disponible en: <https://goo.gl/6MzXt2>.
 16. Slideshare [Internet]. España: José Guerra; 2015 [citado 10 Ene 2018]. La ira. Disponible en: <https://goo.gl/TH1Pyv>.
 17. Camilleri GM, Méjean C, Kesse-Guyot E, Andreeva VA, Bellisle F, Hercberg S, et al. The associations between emotional eating and consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. The Journal of Nutrition. 2014;144(8):1264-1273.
 18. Dohle S, Hartmann C, Keller C. Physical activity as a moderator of the association between emotional eating and BMI: evidence from the Swiss Food Panel. Psychology & Health. 2014;29(9):1062-1080.
 19. Bresch A, Rullmann M, Luthardt J, Becker GA, Reissig G, Patt M, et al. Emotional eating and In Vivo Norepinephrine transporter availability in obesity: A [11C] MRB PET pilot study. International Journal of Eating Disorders. 2017;50(2):152-156.
 20. Zainal D. Intuitive Eating. Healthy Eating Tip of the Month. 2011 [citado 10 Mar 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/41V1zZ>.
 21. Hildebrandt BA, Racine SE, Keel PK, Burt SA, Neale M, Boker S, et al. The effects of ovarian hormones and emotional eating on changes in weight

- preoccupation across the menstrual cycle. *International Journal of Eating Disorders*. 2015;48(5):477-486.
22. Whitaker KM, Sharpe PA, Wilcox S, Hutto BE. Depressive symptoms are associated with dietary intake but not physical activity among overweight and obese women from disadvantaged neighborhoods. *Nutrition Research*. 2014;34(4):294-301.
 23. Suzuki A, Sakurazawa H, Fujita T, Akamatsu R. Overeating at dinner time among Japanese workers: Is overeating related to stress response and late dinner times? *Appetite*. 2016;101(1):8-14.
 24. Garaulet Aza M, Gómez Abellán P. Clock genes. Circadian rhythms and predisposition to obesity. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*. 2016; 82:44-54.
 25. Simón Martín C, Sánchez-Muniz FJ. Cronodisrupción y desequilibrio entre cortisol y melatonina ¿Una antesala probable de las patologías crónicas degenerativas más prevalente? *Journal of Negative & No Positive Results*. 2017;2(11):619-633.
 26. Yilmaz Z, Davis C, Loxton NJ, Kaplan AS, Levitan RD, Carter JC, et al. Association between MC4R rs17782313 polymorphism and overeating behaviors. *International Journal of Obesity*. 2015;39(1):114-120.
 27. Castellini G, Franzago M, Bagnoli S, Lelli L, Balsamo M, Mancini M, et al. Fat mass and obesity-associated gene (FTO) is associated to eating disorders susceptibility and moderates the expression of psychopathological traits. *PLoS ONE*. 2017;12(3):1-14.
 28. Cornelis MC, Rimm EB, Curhan GC, Kraft P, Hunter DJ, Hu FB, et al. Obesity susceptibility loci and uncontrolled eating, emotional eating and cognitive restraint behaviors in men and women. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(5):135-141.
 29. Strien Tv, Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating and weight gain: a prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite*. 2012;59(3):782-789.
 30. Bongers P, Jansen A. Emotional eating and Pavlovian learning: evidence for conditioned appetitive responding to negative emotional states. *Cognition and Emotion*. 2017;31(2):284-297.

31. Rojas Ramírez AT, García-Méndez M. Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 2017;3(45):85-95.
32. Frayn M, Sears CR, Ranson KM. A sad mood increases attention to unhealthy food images in women with food addiction. *Appetite*. 2016;100(1):55-63.
33. Klump KL, Keel PK, Burt SA, Racine SE, Neale MC, Sisk CL, et al. Ovarian hormones and emotional eating associations across the menstrual cycle: An examination of the potential moderating effects of body mass index and dietary restraint. *International Journal of Eating Disorders*. 2013;46(3):256-263.
34. Tua Saúde [Internet]. Portugal: Sheila Sedicias; 2017 [citado 16 Ene 2018]. Entenda como funciona o Ciclo Menstrual. Disponible en: <https://goo.gl/43BLEa>.
35. Raspopow K, Abizaid A, Matheson K, Anisman H. Anticipation of a psychosocial stressor differentially influences ghrelin, cortisol and food intake among emotional and non-emotional eaters. *Appetite*. 2014;74:35-43.
36. Farmacia Meritxell [Internet]. Madrid: Farmacia Meritxell; 2017 [citado 15 Mar 2018]. Leptina y Ghrelina, ¿las hormonas del hambre? Disponible en: <https://goo.gl/e9N6RA>.
37. Strien T, Roelofs K, Weerth C. Cortisol reactivity and distress-induced emotional eating. *Psychoneuroendocrinology*. 2013;38(5):677-684.
38. Bloemendaal L, Veltman DJ, ten Kulve JS, Drent ML, Barkhof F, Diamant M, et al. Emotional eating is associated with increased brain responses to food-cues and reduced sensitivity to GLP-1 receptor activation. *Obesity*. 2015;23(10):2075-2082.
39. Garaulet M, Canteras M, Morales E, López-Guimera G, Sánchez-Carracedo D, Corbalán-Tutau MD. Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity: the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición hospitalaria*. 2012;27(2):645-651.
40. Sánchez-Carracedo D, Raich i Escursell RM, Figueras Piqueras M, Torras Clarasó J, Mora Giral M. Adaptación preliminar del cuestionario de alimentación de Stunkard y Messick (Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ) con una muestra española universitaria. 1999;7(3):393-416.
41. Valdés Moreno MI, Rodríguez Márquez MC, Cervantes Navarrete JJ, Camarena B, de Gortari P. Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos

- de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. *Análisis factorial. Salud Mental.* 2016;39(6):295-302.
42. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating Behaviors.* 2014;15(2):197-204.
 43. Cadena-Schlam L, López-Guimerà G. Intuitive eating: an emerging approach to eating behavior. *Nutrición Hospitalaria.* 2015;31(3):995-1002
 44. Royal College of Psychiatrist [Internet]. Londres: Philip Timms; 2007 [actualizado Feb 2008; citado 24 Feb 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/rBkmj6>
 45. Sysko R, Devlin M, Yager J, Solomon D. Binge eating disorder: Cognitive-behavioral therapy (CBT). Up To Date; 2017.
 46. Miguel Andrés I. Síndrome del comedor nocturno: Nuevo plan de cuidados desde la enfermería (Trabajo Fin de Grado). Universidad Autónoma de Madrid; 2016.
 47. NNNConsult [Internet]. NANDA International Nursing Diagnoses; 2013 [citado 6 Mar 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/hPTwJF>

ANEXO 1. ¿Qué tipo de comedor eres? Cuestionario de Comedor Emocional Garaulet (CCE)

01 ¿La báscula tiene un gran poder sobre ti? ¿es capaz de cambiar tu estado de humor?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Generalmente ☐ Siempre

02 ¿Tienes antojos por ciertos alimentos específicos?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Generalmente ☐ Siempre

03 ¿Te cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Generalmente ☐ Siempre

04 ¿Tienes problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Generalmente ☐ Siempre

05 ¿Comes cuando estás estresado, enfadado o aburrido?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Generalmente ☐ Siempre

06 ¿Comes más de tus alimentos favoritos, y con más descontrol, cuando estás solo?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Generalmente ☐ Siempre

07 ¿Te sientes culpable cuando tomas alimentos «prohibidos», es decir, aquellos que crees que no deberías, como los dulces o snacks?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Generalmente ☐ Siempre

08 Por la noche, cuando llegas cansado de trabajar ¿es cuando más descontrol sientes en tu alimentación?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Generalmente ☐ Siempre

09 Estás a dieta, y por alguna razón comes más de la cuenta, entonces piensas que no vale la pena y ¿comes de forma descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Generalmente ☐ Siempre

10 ¿Cuántas veces sientes que la comida te controla a ti en vez de tú a ella?

☐ Nunca ☐ A veces ☐ Generalmente ☐ Siempre

Valor «0» Nunca //// Valor «1» A veces //// Valor «2» Generalmente //// Valor «3» Siempre

PUNTUACIÓN ENTRE 0-5

Tus emociones influyen poco o nada en tu comportamiento alimentario, ya puedes decir que eres una persona con gran estabilidad en lo que se refiere al comportamiento alimentario, y que seguramente comes cuando fisiológicamente sientes apetito, sin tener en cuenta los factores externos ni tus emociones.

PUNTUACIÓN ENTRE 5-10

Sigues siendo una persona poco emotiva respecto a tu alimentación. Es raro que soluciones tus problemas o tus nervios con la comida. Sin embargo, ya sientes que ciertos alimentos influyen sobre tu voluntad y que la comida, como decíamos al principio de este capítulo, es algo más que comida.

PUNTUACIÓN ENTRE 10-20

Tus respuestas indican que en cierta medida tus emociones influyen en tu alimentación. Los sentimientos y el estado de ánimo en algunos momentos de tu vida determinan cuánto y cómo comes. Aún así, aunque eres un comedor emocional, todavía la comida no controla tus acciones sino que sigues siendo tú quien domina tu alimentación. Te aconsejo que no te descuides y que trates de reconducir estas situaciones.

PUNTUACIÓN ENTRE 20-30

Está claro que eres un comedor emocional. Si no te cuidas, la comida llegará a controlar tu vida. Tus sentimientos y emociones girarán constantemente alrededor de tu alimentación y, si no pones los medios, puedes llegar a sufrir algún tipo de desorden en el comportamiento alimentario. Si sufres algún ataque descontrolado, apúntalo, escribe todo lo que has comido y cómo te sientes. Si esto te sucede dos o tres veces por semana durante los últimos tres meses, quizás debas buscar ayuda.